

All' ARPAL PUGLIA
Ambito Territoriale di Foggia
Centro per l'Impiego di _____

Il sottoscritto _____ in qualità di:

- Datore di lavoro pubblico (P.A.)
- Datore di lavoro privato
- Agenzia di somministrazione
- Soggetto abilitato (consulenti del lavoro, avvocati, commercialista, ragioniere, associazioni di categoria, etc.).

D I C H I A R A

1. di aver preso visione delle modalità di accreditamento della Regione Puglia - ARPAL PUGLIA;

2. di essere nato a _____ il _____

3. domiciliato in _____

4. ragione sociale _____

5. sede legale in _____

6. codice fiscale _____

7. partita IVA _____

8. telefono _____ cell. _____

9. e-mail _____

Sede operativa _____ Comune di _____

Via _____

Si dichiara inoltre :

(dichiarazione obbligatoria nel caso in cui il Comune della sede operativa non ricade nell'Ambito Territoriale della Provincia di Foggia)

- di aver richiesto accentramento per l'invio delle comunicazioni obbligatorie al nodo della Regione Puglia attraverso il Portale dell' Ambito Territoriale della Provincia di Foggia;
- di aver dato mandato per la gestione delle comunicazioni obbligatorie ad intermediario autorizzato ad operante dell' Ambito Territoriale della Provincia di Foggia;
- di richiedere la registrazione in qualità di intermediario autorizzato, operante per conto di aziende ubicate dell' Ambito Territoriale della Provincia di Foggia;

(per i consulenti del lavoro)

- di essere iscritto all'Ordine provinciale dei _____
di _____ al numero _____ in data _____

(per gli altri professionisti abilitati)

- di essere iscritto all'Ordine provinciale dei _____
di _____ al numero _____ in data _____
e di aver inviato apposita comunicazione all'Ispettorato Territoriale del Lavoro di
di _____ in data _____

(per le agenzie di somministrazione)

Autorizzata dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con provvedimento
numero _____ del _____ ed iscritta all'apposito albo al numero
_____ dal _____ Sede operativa
di _____ Via _____

CHIEDE

l'abilitazione per l'accesso al servizio impegnandosi ad usarla esclusivamente per
ottemperare agli obblighi di comunicazione dei rapporti di lavoro previsti dalla vigente
normativa.

Data _____

FIRMA _____

Il/la Sottoscritto

dichiara altresì di:

- essere consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previsti dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/00 e successive modificazioni ed integrazioni nel caso in cui le dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del suddetto D.P.R. risultino false o comunque non rispondenti al vero;
- di utilizzare il sistema solo per le comunicazioni obbligatorie di propria competenza
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ARPAL PUGLIA in indirizzo ogni variazione intervenuta;
- di aver preso visione dell'informativa sulla tutela della privacy.-
- si allega copia del documento d'identità sottoscritto.

Data _____

FIRMA _____